

## 当院に初めてご相談くださる患者様へ

信愛クリニックは精神科診療もしています。精神科の薬には、習慣性・依存性が強い薬があり、患者様によってはそのような種類の薬を強く希望される方がいらっしゃいます。

当院は「患者様に対して良いこと」しかしないと決意しています。本当の意味で良くなり、幸せに近づいてゆくために本気で取り組みます。そのため、習慣性・依存性の強い薬の服用を希望する患者様には、その薬の服用から脱出することに取り組むか、他院を選ぶかを最初に決めていただきます。

下記はそれを確認するためのものです。内容にご不明な点がありましたら、お声掛けください。

## 同意書

### 記

- ・ 安定剤・抗不安剤・眠剤の薬剤指定は一切受け付けません。  
医師の診断により適切な処方を行います。
- ・ 下記※の新規・継続処方決してしません。頓服使用であっても、問題の根本解決に真剣に取り組む意欲の無い方には一切処方しません。
- ・ 下記※の薬を前医で処方されている場合は、当院に転院し月に2回以上受診を受けながら、減量に取り組む場合のみ継続処方とします。  
ただし、デパス・マイスリー・ハルシオンの処方継続はしません。

※ デパス・マイスリー・ロヒプノール（サイレース）・ワイパックス・ソラナックス・レキソタン・ホリゾン・セパゾン・メイラックス・ハルシオン・レンドルミン・リスミー

心療内科を受診するにあたり、上記の内容を理解した上で同意いたします。

年 月 日

署名

保護者署名（未成年の場合）

---

## 保護者同意書

未成年の方の心療内科初診は原則として保護者の同伴が必要です。  
ただし、保護者が同伴できない場合、保護者の同意があれば診察を受けることができます。  
同意にあたっては、注意点をお読みいただき、十分理解されたうえで保護者が記入をお願いします。

## 同意書

注意点を読み、十分理解した上で子どもが受診することに同意します。

子どもの氏名

---

子どもの生年月日      平成      年      月      日

---

保護者氏名(必ず自署)      (子どもとの関係:      )

---

緊急連絡先 (必ずつながる連絡先)      (自宅・職場・携帯)

(子どもとの関係:      )

---

記入日  
令和      年      月      日



TEL : 0467-48-6678

## 注意点

- 当日同意書の持参がない場合、診察出来かねますのでご了承ください。
- 受診の際は保険証・医療証を必ずお持ちください。
- 当日お渡しします、「クリニックからのお知らせ」をご確認ください。
- 在院時間は問診、診察を含め約1～2時間程です。
- 初診時には心電図検査、採血検査をすることがあります。
- 診察の結果、薬が処方される場合があります。用法用量や副作用等は薬局で説明します。
- 基本的に初診から1週間後に2回目の診察の目安です。医師の指示がある場合はそちらに従ってください。指示がない場合は薬がなくなる前に受診してください。ご家族は予約のサポートをお願いします。
- お子様の症状によって、当日または後日状態確認の電話を看護師がする場合があります。
- 診断結果や診察内容はご家族であっても電話でお教えすることはできません。説明を希望する場合はご予約を取ったうえで、ご本人と一緒に来院してください。